

Instruction

Les énoncés suivants sont liés à votre situation de travail et à la manière dont vous la vivez. Veuillez indiquer la fréquence à laquelle chaque déclaration s'applique à vous.

Scoring

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

Symptômes primaires

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Épuisement</i>					
1. Au travail, je me sens épuisé/e mentalement*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tout ce que je fais au travail me demande beaucoup d'efforts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Après une journée au travail, il m'est difficile de retrouver mon énergie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au travail, je me sens épuisé physiquement*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quand je me lève le matin, je manque d'énergie pour commencer une nouvelle journée de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je veux être actif/ve au travail, mais il m'est impossible d'y arriver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quand je fais beaucoup d'efforts au travail, je me fatigue plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A la fin de ma journée de travail, je me sens épuisé et vidé mentalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Distance mental</i>					
9. J'ai du mal à être enthousiaste à propos de mon travail*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Au travail, je ne réfléchis pas à ce que je fais et je fonctionne en pilote automatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je ressens une profonde aversion pour mon travail*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je ressens de l'indifférence à propos de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je ne pense pas que les autres accordent de l'importance à mon travail*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Déficience cognitive					
14. Au travail, j'ai du mal à rester attentif/ve*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Au travail, il m'est difficile de penser de manière claire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'oublie des choses et je suis distrait/e au travail*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quand je travaille, j'ai du mal à me concentrer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je fais des erreurs dans mon travail car mon esprit est ailleurs*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience émotionnelle					
19. Au travail, je me sens incapable de contrôler mes émotions*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je ne me reconnais pas dans mes réactions émotionnelles au travail*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Quand je suis au travail, je deviens irritable quand les choses ne se passent pas comme je voudrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Il m'arrive d'être en colère ou triste au travail sans vraiment savoir pourquoi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Au travail, il m'arrive de réagir avec excès sans en avoir l'intention*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note: * = Version abrégée

Symptômes secondaires

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Plaintes psychique					
1. J'ai du mal à m'endormir ou je me réveille en pleine nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai tendance à m'inquiéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me sens tendu et stressé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens anxieux et/ou je souffre d'attaques de panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le bruit et la foule me dérangent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaintes psychosomatiques					
6. Je souffre de palpitations et de douleurs de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je souffre de douleurs d'estomac et/ou intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je souffre de migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je souffre de douleurs musculaires, par exemple dans le cou, l'épaule ou le dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je tombe souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Citation: Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT)*. KU Leuven, België: Intern rapport. Avec l'aide de dr. Ilona Boniwell – General Manager @ Positran

Instruction

Les énoncés suivants sont liés à ce que vous ressentez et à la manière dont vous la vivez. Veuillez indiquer la fréquence à laquelle chaque déclaration s'applique à vous.

Scoring

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

Symptômes primaires

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Épuisement</i>					
1. Je me sens épuisé/e mentalement*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tout ce que je fais me demande beaucoup d'efforts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Après une journée, il m'est difficile de retrouver mon énergie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens épuisé physiquement*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quand je me lève le matin, je manque d'énergie pour commencer une nouvelle journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je veux être actif/ve, mais il m'est impossible d'y arriver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quand je fais beaucoup d'efforts, je me fatigue plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A la fin de ma journée, je me sens épuisé et vidé mentalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Distance mental</i>					
9. J'ai du mal à être enthousiaste à propos de mon travail*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je ressens une profonde aversion pour mon travail*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je ressens de l'indifférence à propos de mon travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je ne pense pas que les autres accordent de l'importance à mon travail*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Déficience cognitive					
13. J'ai du mal à rester attentif/ve*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Il m'est difficile de penser de manière claire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'oublie des choses et je suis distrait/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai du mal à me concentrer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je fais des erreurs car mon esprit est ailleurs*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience émotionnelle					
18. Je me sens incapable de contrôler mes émotions*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je ne me reconnais pas dans mes réactions émotionnelles*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je deviens irritable quand les choses ne se passent pas comme je voudrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Il m'arrive d'être en colère ou triste sans vraiment savoir pourquoi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Il m'arrive de réagir avec excès sans en avoir l'intention*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note: * = Version abrégée

Symptômes secondaires

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Plaintes psychique					
1. J'ai du mal à m'endormir ou je me réveille en pleine nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai tendance à m'inquiéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me sens tendu et stressé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens anxieux et/ou je souffre d'attaques de panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le bruit et la foule me dérangent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaintes psychosomatiques					
6. Je souffre de palpitations et de douleurs de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je souffre de douleurs d'estomac et/ou intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je souffre de migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je souffre de douleurs musculaires, par exemple dans le cou, l'épaule ou le dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je tombe souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>